

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

Considerar que cada uno de los trámites que se ingresen a Ensurance se integren de la siguiente manera:

REEMBOLSOS - RECLAMACIÓN INICIAL

1. SOLICITUD DE REEMBOLSO ORIGINAL COMPLETAMENTE REQUISITADA, FIRMADA POR EL ASEGURADO TITULAR O AGENTE.
 - Cuando se indique que el pago se realice por **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**, adjuntar carátula de estado de cuenta con CLABE (Clave Bancaria Estandarizada), del asegurado titular (beneficiario del pago), con firma autógrafa del mismo, así como anexar copia de su identificación oficial.
2. Documentos fiscales ingresados (que cumplan con los requisitos fiscales establecidos), que incluyan:
 - a) Para el caso de facturas de hospitales: el estado de cuenta detallado por el mismo importe facturado.
 - b) Para el caso de facturas de farmacia: la receta correspondiente.
 - c) Para el caso de facturas de estudios o imagenología: los resultados o interpretaciones respectivos, así como la orden médica para su realización.
 - d) Para el caso de facturas de terapias físicas: la prescripción médica correspondiente y la bitácora de rehabilitación firmada por el asegurado afectado.
3. Documentación adicional, en caso de existir.
4. Aviso de Accidente o Enfermedad firmado por el asegurado titular y el afectado (no aplica para menores de edad).
5. Informe Médico firmado por el médico tratante.
6. Identificación oficial vigente del asegurado afectado; para el caso de menores de edad: copia del acta de nacimiento o credencial escolar.
7. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres meses, en caso de no coincidir el domicilio de la identificación con el manifestado en la Solicitud de Reembolso o el Aviso de Accidente o Enfermedad.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

SOLICITUD DE ATENCIÓN PROGRAMADA

*** DEBE INGRESARSE CON CINCO DÍAS DE ANTICIPACIÓN ***

1. Estudios o imagenología con los resultados o interpretaciones respectivos. SON INDISPENSABLES.
2. Documentación adicional, en caso de existir.
3. Aviso de Accidente o Enfermedad firmado por el asegurado titular y el afectado (no aplica para menores de edad).
4. Informe Médico firmado por el médico tratante.
5. Identificación oficial vigente del asegurado afectado; para el caso de menores de edad: copia del acta de nacimiento o credencial escolar.
6. Comprobante de domicilio, en caso de no coincidir el domicilio de la identificación con el manifestado en el Aviso de Accidente o Enfermedad.

COMPLEMENTOS DE REEMBOLSO

1. SOLICITUD DE REEMBOLSO COMPLETAMENTE REQUISITADA, FIRMADA POR EL ASEGURADO TITULAR O AGENTE.
2. Cuando se indique que el pago se realice por **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**, adjuntar carátula de estado de cuenta con CLABE (Clave Bancaria Estandarizada), del asegurado titular (beneficiario del pago), con firma autógrafa del mismo, así como anexar copia de su identificación oficial.
3. FINIQUITO DE PAGO DE RECLAMACIÓN ANTERIOR, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL ASEGURADO BENEFICIARIO DEL PAGO.
4. Documentos fiscales ingresados (que cumplan con los requisitos fiscales establecidos):
 - a) Para el caso de facturas de hospitales: el estado de cuenta detallado por el mismo importe facturado.
 - b) Para el caso de facturas de farmacia: la receta correspondiente.
 - c) Para el caso de facturas de estudios o imagenología: los resultados o interpretaciones respectivos, así como la orden médica para su realización.
 - d) Para el caso de facturas de terapias físicas: la prescripción médica correspondiente y la bitácora de rehabilitación firmada por el asegurado afectado.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

COMPLEMENTOS POR INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

1. SOLICITUD DE REEMBOLSO COMPLETAMENTE REQUISITADA, FIRMADA POR EL ASEGURADO TITULAR O AGENTE.
 - Cuando se indique que el pago se realice por **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**, adjuntar carátula de estado de cuenta con CLABE (Clave Bancaria Estandarizada), del asegurado titular (beneficiario del pago), con firma autógrafa del mismo, así como anexar copia de su identificación oficial.

SOLICITUD DE MEDICAMENTO(S) Y/O EQUIPO

1. SOLICITUD DE MEDICAMENTO(S) Y/O EQUIPO COMPLETAMENTE REQUISITADA, FIRMADA POR EL ASEGURADO TITULAR O AGENTE.
2. FINIQUITO DE PAGO DE RECLAMACIÓN ANTERIOR, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL ASEGURADO BENEFICIARIO DEL PAGO.
3. Para el caso de medicamentos, receta médica original o copia, no mayor a 3 meses de expedición.
 - La receta debe contener: Nombre del medicamento, presentación, gramaje, posología (número de tabletas, horario y duración del tratamiento).
4. Para el caso de equipo especial, requisición (receta) del médico tratante indicando el equipo a utilizar, así como el tiempo de uso del mismo.